PROGRAMA MÉDICO Y DENTAL COMPRENSIVO

Un programa de la División de Niños, Jóvenes y Familias
Departamento de Seguridad Económica de Arizona

MANUAL PARA MIEMBROS

"Sirviendo a los niños bajo crianza temporal en Arizona"

Departamento de Seguridad Económica de Arizona

HPM-394 (3-08)

CMDP DIRECTORIO

602-351-2245 • Gratis 1-800-201-1795

Escuche a las instrucciones telefónicas:
Oprima opción 1 para ingles, opción 2 para español

	Números de extensiones:
Servicios al Miembro	Opción 3-1
Servicios Médico y Dentales	Opción 3-4
Salud de Mental	Opción 3-2
Coordinador del Cuidado Médico	13665
Servicios al Proveedor	Opción 3-3
Entrenamiento, Relaciones con la Comunidad	13627
Quejas, Apelaciones, Audiencias Imparciales	13626
Administración	13638

*Se puede cambiar esas opciones, por favor sigue las instrucciones de teléfono.

NÚMEROS DE FACSÍMILES (FAX)

Fax de Servicios a Miembros	602-264-3801
Fax de Servicios Médicos, Dentales y de Salud de Conducta	602-351-8529
Fax de Servicios a Proveedores	602-264-3801
Fax para Reclamos	602-265-2297
Fax de la Administración	602-235-9146

DIRECCIÓN POSTAL

DES/CMDP
Site Code 942C
P.O. Box 29202
Phoenix, Arizona 85038-9202

PÁGINA WEB
http://www.azdes.gov/dcyf/cmdpe/

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ◆ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el Programa Médico y Dental Comprensivo (CMDP) al (602) 351-2245; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción **1**
¿Qué es CMDP?
El ser sensible a las culturas
Servicios de idiomas y interpretación oral
Servicios al Miembro
Servicios al Proveedor
Elegibilidad e Inscripción **3**
Elegibilidad dual y otros seguros
Tarjeta de identificación (ID)
Seleccionar un proveedor de cuidado primario (PCP) del CMDP
Para cambiar de PCP
Para consultar con un especialista
Citas médicas **5**
Servicios cubiertos bajo CMDP **6**
Pañales para incontinencia
Autorización previa
Servicios para garantizar la buena salud, o diagnosis y tratamiento temprano y periodico (siglas inglés: EPSDT)
Evaluación de la etapa de desarrollo por los padres (PEDS)
Servicios de salud mental
Recetas
Planificación familiar (Control de la natalidad)
Cuidado para las mujeres
Cuidado durante el embarazo y de natalidad
Servicios comunitarios
Cuidado urgente
Cuidado de urgencia
Transporte en urgencias
Transporte necesario médicamente
Cuidado dental
Cuidado de la vista
Servicios No Incluidos
Claves para viajeros **16**
¿Pagan algo los encargados de crianza temporal? **16**
Lo que cada miembro debe saber **17**
Derechos de los miembros
Responsabilidades de los miembros y los encargados de crianza temporal
Servicios que no puedan autorizar los encargados de crianza temporal
Mantenerse la buena salud
Aviso de HIPAA
Fraude y abuso
Querellas y apelaciones
Querellas sobre los servicios de salud mental
Conformidad corporativa
Anexos **23**
Programa de inmunizaciones recomendadas
Programa de periodicidad para EPSDT
Programa de periodicidad para los exámenes de la vista
Programa de periodicidad para los exámenes del oído y el habla
Programa de periodicidad para los exámenes dentales

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES CMDP?

El Programa Médico y Dental Comprensivo (CMDP) es el plan médico para los niños de Arizona quienes están bajo crianza temporal. La ley estatal estableció el programa en el 1970. El ser miembro es basado en los reglamentos y las leyes estatales. CMDP paga por los servicios de cuidado médico para los niños colocados dentro y fuera de Arizona.

La mayoría de los miembros son elegibles para los servicios médicos cubiertos por el Sistema de Contención de Costos Médicos de Arizona (AHCCCS). AHCCCS maneja los programas de Medicaid y KidsCare en Arizona. CMDP equivale a los planes de salud de AHCCCS y KidsCare para sus miembros. CMDP proporciona los mismos servicios para todos sus miembros indiferentes al estatus de elegibilidad de AHCCCS.

El número de teléfono de CMDP aparece en el encabezamiento de todas las páginas de este manual. El teléfono local es (602) 351-2245. Para llamadas desde fuera del condado Maricopa, marque el teléfono gratis 1-800-201-1795. CMDP opera de lunes a viernes entre las horas de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. CMDP permanece cerrado durante los sábados y domingos, así como durante los días festivos estatales.

El Manual para Miembros de CMDP explica cómo obtener servicios médicos. El manual está dirigido hacia los encargados de crianza temporal así como nuestros miembros. Está impreso en inglés y en español. Si lo necesita en otro idioma o formato por favor llámanos.

EL SER SENSIBLE A LAS CULTURAS

Todos nosotros estamos programados por nuestra cultura. Esto determina nuestro comportamiento y nuestra actitud.

La cultura define:

- Cómo se recibe la información del cuidado de salud
- Cómo usar los derechos y protecciones
- Lo que piensa usted es un problema y cómo se expresa los síntomas y preocupaciones relacionados al problema
- Quién debe proporcionar el tratamiento y el tipo de tratamiento

El cuidado de salud que es sensible a las culturas: Servicios del cuidado de Salud debe respetar la cultura de sus miembros. Servicios son sensibles a la cultura cuando sean apropiados para el miembro. Se deben ser basados en las necesidades del miembro.

Los beneficios del ser sensible a las culturas: La mayoría de las personas creen que sus propios valores y costumbres son los mejores. Se puedan contar con que las otras culturas participan en las mismas perspectivas. Algunos de los beneficios de tener servicios del cuidado de salud son nombrados abajo.

Para los miembros y los encargados de crianza temporal:

- Aumentar de la sensibilidad a las necesidades del miembro y disminuir prejuicio y parcialidad.
- Mejorar la calidad del cuidado del miembro y los resultados
- Mejorar la satisfacción del miembro y encargado de crianza temporal
- Desarrollar planes del cuidado más apropiados

Para los proveedores del cuidado de salud y el personal de CMDP

- Trabajar mejor con las poblaciones diversas de pacientes
- Tener un entendimiento mejor de las otras culturas en su método de enfocar en el cuidado de salud para los niños
- Conformarse con los requisitos federales y estatales
- Disminuir los miembros y encargados de crianza temporal no cumplen con los servicios

Queremos que los miembros reciban los servicios del cuidado de salud que sean los mejores para sí mismos. Por favor comuníquese con Servicios al Miembro y díganos si hay algunas necesidades culturas que no las tratamos.

El usar los Servicios al Miembro como recurso: Use la unidad de Servicios al Miembro como un recurso para servicios del cuidado de salud que son específicos al niño, sensibles culturalmente y/o proveedores iguales como tal:

- Proveedores del cuidado de salud de AHCCCS anteriores
- Según las necesidades individuales de un miembro, un proveedor(a) de cuidado de la salud que sea sensible a su idioma, género, etnicidad, ubicación geográfica, o que sea especialista
- Cuidado de salud que sea sensible a las creencias culturales o religiosas del miembro
- Servicios de traducción para usar en las citas médicas
- Servicios de interpretación orales o para los sordos
- Información sobre el cuidado de salud en su propio idioma
- Información sobre el cuidado de salud en un formato alternativo para los ciegos

SERVICIOS DE IDIOMA E INTERPRETACIÓN ORAL
Si usted requiere materiales de información sobre CMDP en otro formato o idioma favor de comunicarse con Servicios al Miembro. Este servicio es gratis para nuestros miembros.

CMDP ofrece el **Servicio de Idiomas en Línea** (Language Line Service) si usted necesita ayuda para comunicarse con CMDP y los proveedores de servicios de cuidado de la salud en idiomas aparte de inglés. El Servicio de Idiomas en Línea proporciona interpretaciones en más de 140 idiomas, por teléfono o por escrito, a solicitud. El Servicio de Idiomas en Línea es disponible gratis. Llame al Servicios al Miembro para utilizar el Servicio de Idiomas en Línea.

SERVICIOS AL MIEMBRO
Servicios al Miembro es el punto principal para las llamadas a CMDP. Servicios al Miembro ayuda con cualesquiera preguntas, inquietudes o problemas que se pueda tener acerca de los servicios de salud.

Los representantes de Servicios al Miembro contestan preguntas sobre:

- Inscripción
- Elegibilidad
- Las tarjetas de identificación de los miembros
- Localizar un proveedor médico o una farmacia que sea sensible a su cultura

SERVICIOS AL PROVEEDOR
El personal de Servicios al Proveedor trabaja con proveedores de cuidado de salud. Manejan las inscripciones de AHCCCS y CMDP para los proveedores. Trabajan en la resolución de los asuntos de la calidad de cuidado referentes a los proveedores. El personal trabaja con los Servicios al Miembro para darle los nombres, y direcciones de los proveedores registrados.

ELEGIBILIDAD

Los niños son elegibles para CMDP cuando están colocados bajo crianza temporal. No es necesario que califiquen para AHCCCS o el programa de KidsCare. Las agencias que puedan colocar a los niños en crianza temporal son:

- Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES)
- Departamento de Corrección de Menores de Arizona (ADJC)
- Oficina Administrativa del Tribunal/Libertad Condicional de Menores (AOC/JPO).

ELEGIBILIDAD DUAL

Los miembros de AHCCCS quienes son elegibles para servicios de Medicare y Medicaid (AHCCCS) tienen elegibilidad dual. Se les puede clasificar como Beneficiarios Calificados para Medicare (QMB) o como no elegibles para QMB.

Los miembros elegibles para QMB reciben cobertura para todos los servicios de Medicaid incluso servicios psiquiátricos como internados, psicológicos, de respiro y quiroprácticos.

Los miembros de CMDP tienen que utilizar a los proveedores médicos registrados con AHCCCS y CMDP. Para los que tengan elegibilidad dual, se considera el Medicare como pagador primario y CMDP como pagador segundario. CMDP es responsable de los pagos de co-seguro o los deducibles. CMDP cubre los gastos de los copagos de la farmacia.

OTROS SEGUROS

CMDP es el pagador del último recurso para miembros con otros seguros. CMDP coordina los beneficios con el otro plan de seguro de salud. CMDP paga las deducibles y co-pagos. Las agencias que tiene custodia de los miembros de CMDP se le habrá de informar a CMDP acerca de cualquier otro seguro que tenga el cliente nuevo, al momento de su inscripción.

CUBIERTO MÉDICO PARA ADULTOS JÓVENES EN CRIANZA TEMPORAL

Adultos jóvenes colocados en crianza temporal quienes cumplan los 18 años de edad mientras están bajo cuidado afuera de la casa puedan ser elegibles para el programa de Seguro de Transición para Adultos Jóvenes (YATI). El Programa de YATI es dirigido por AHCCCS, no CMDP.

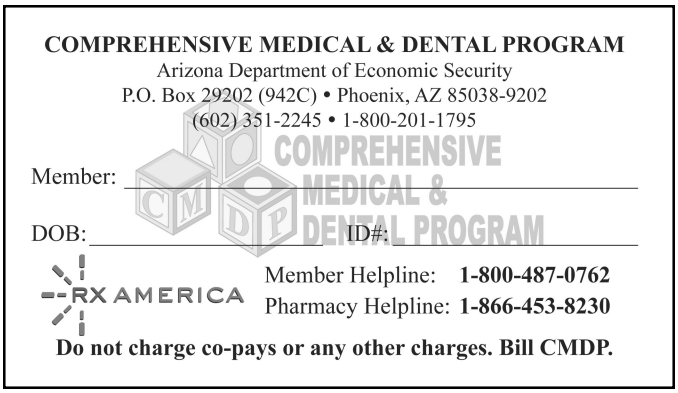
Para aprender más sobre el programa de YATI, comuníquese con el Coordinador de Vivir Independiente de Arizona al (480) 545-1901, extensión 15886. También puede comunicarse con la oficina local de la Administración de Asistencia Para Familias para obtener ayuda.

INSCRIPCIÓN

Las agencias que colocan a los menores bajo crianza temporal inscriben a los niños en CMDP. Cuando los Servicios Protectores para Niños (CPS) le coloca a un niño(a) bajo crianza temporal, el encargado de cuidado debe utilizar el formulario "**Notice to Provider", FC-069 «Aviso al Proveedor».**

El formulario es parte del paquete para la colocación del menor. Incluye el número de identificación (ID) de CMDP y opera como la tarjeta de ID temporal. Muéstrelo a los proveedores médicos y las farmacias, o déles el número ID de CMDP. Utilice el formulario hasta que le llegue la tarjeta de identificación (ID).

Si usted no recibe este formulario ni un número de ID, llame a los Servicios al Miembro, donde le ayudarán.



LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN (ID)
La tarjeta ID se utiliza para garantizar a los proveedores que recibirán reembolsos por los servicios médicos cubiertos para los miembros activos. Muestre la tarjeta ID a las farmacias y los proveedores de servicios médicos. Contiene la información de cómo facturar los costos a CMDP.

Para cada miembro se preparan dos tarjetas de ID. Las tarjetas ID son enviadas a las agencias que tienen custodia de los miembros de CMDP. Se envía la tarjeta ID después de haber finalizado la inscripción en CMDP. El encargado del cuidado del miembro recibe una de las tarjetas.

La tarjeta ID de CMDP es válida solamente para el miembro cuyo nombre aparece en la tarjeta. Prestar o regalar esta tarjeta a alguien constituye fraude y es ilegal. Comuníquese con Servicios al Miembro para obtener una tarjeta de reemplazo.

No utilice la tarjeta ID de CMDP para pagar por recetas psicoactivas emitidas por médicos de la Autoridad de Salud Mental Regional del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS-RBHA). La RBHA paga por sus recetas.

TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN GENÉRICAS
CMDP tiene tarjetas genéricas para albergues, hogares de admisión urgente y oficinas de Servicios Protectores para Niños. Estas tarjetas ID sólo son para niños quienes todavía no están inscritos en CMDP.

PAQUETES PARA LOS MIEMBROS NUEVOS
CMDP envía un paquete informativo a la agencia que tiene custodia del miembro. La agencia entrega el paquete a los encargados de crianza temporal del miembro.

El paquete incluye el Manual para Miembros, una tarjeta ID, los Directorios de Proveedores y instrucciones en como seleccionar un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) y otra información referente a los servicios de salud de CMDP.

PARA SELECCIONAR A UN PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)
Los miembros de CMDP han de tener un Proveedor de Cuidado Primario (PCP). El PCP sirve como el médico de cuidado personal. El PCP proporcionará o hará arreglos para proporcionar los servicios médicos necesarios.

El PCP trabaja con especialistas, farmacias, hospitales y otros proveedores para vigilar todo el cuidado que recibe un miembro.

Para calificar como un PCP, un proveedor debe practicar en una de las áreas siguientes:

- Pediatría
- Práctica general
- Práctica familiar
- Internista general
- Practicante de enfermería certificado
- Asistente médico supervisado por un médico
- Obstetría y Ginecología (OB-GIN) (para miembros embarazados)

CMDP tiene una Red de Proveedores Preferidos (PPN) para satisfacer las necesidades de sus miembros. La PPN consta de médicos, especialistas, dentistas, farmacias, hospitales y otros proveedores de cuidado médico. Estos proveedores están listados en el Directorio de Proveedores. Se puede obtener el directorio gratis por comunicarse con Servicios al Miembro. También se puede obtener lo en el sitio Web de CMDP al **http://www.azdes.gov/dcyf/cmdpe/** Se puede buscar proveedores en la lista por código postal (ZIP) y tipo de proveedor.

Comuníquese con Servicios al Miembro por teléfono o correo para ayuda en seleccionar a un PCP o cuando se escogió un PCP de la Red. **CMDP tiene que saber quién es el PCP de cada uno de los miembros.** Si usted necesita ayuda para seleccionar a un PCP, pídale ayuda al personal de Servicios al Miembro.

PARA CAMBIAR DE PROVEEDOR DE CUIDADO PRIMARIO (PCP)
Cuando los miembros se mudan, tal vez tengan que cambiar de proveedores. Si usted cambia de PCP, pide que los archivos médicos sean transferidos del PCP anterior al PCP nuevo. CMDP colaborará con usted para seleccionar a un nuevo PCP. Para pedir un cambio o avisar a CMDP de un cambio, llame a los Servicios al Miembro.

PARA CONSULTAR CON UN ESPECIALISTA
Para consultar con un especialista es necesario que obtenga una recomendación de su PCP. Evaluaciones y consultaciones iniciales no necesitan autorizaciones previas (PA). Los especialistas han de obtener aprobación del CMDP antes de rendir sus servicios. Si los servicios no son aprobados, se le enviará una carta que detalla la razón y cómo apelar esa decisión.

Miembros femeninos tienen acceso directo a los proveedores de servicios obstetricia y ginecología (OB-GYN). No se necesita obtener una recomendación para evaluaciones y consultaciones.

Servicios al Miembro puede darle a usted y al PCP una lista de especialistas registrados con CMDP. Aparecen listados en el **Directorio de Proveedores del CMDP**. Este directorio se encuentra en el paquete entregado a los miembros nuevos. Si no tiene usted una copia del Directorio de Proveedores, comuníquese con los Servicios al Miembro.

CITAS MÉDICAS

Llame al PCP para hacer una cita. El número telefónico aparece en el Directorio de Proveedores y en la carta del PCP de CMDP. Cuando llame, diga que el miembro tiene cobertura del CMDP.

Niños deben tener un reconocimiento médico completo dentro de los primeros 30 días de haber sido colocados bajo crianza temporal. Por favor se dé una cita para aquéllos miembros quienes no han tenido este examen.

Pregúntele al especialista de CPS o el funcionario de libertad condicional para menores si el miembro tiene alguna necesidad médica especial. Esto incluye pero no es limitado a: embarazo, asma crónica y diabetes.

Servicios Médicos del CMDP le ayudará a localizar los servicios de apoyo en la comunidad para el miembro.

Se debería de darse una cita regular dentro de 21 días de llamar al PCP. Debería de conseguir dentro de dos días una cita urgente (por algo grave, pero que no presente riesgo a la vida). Debería de conseguir una cita de emergencia el mismo día en que la solicite. Llame a los Servicios al Miembro si se encuentra dificultades para conseguir una cita.

Para cancelar o cambiar una cita, por favor llame al proveedor por lo menos un día antes de la cita. Algunos proveedores tal vez quieran cobrar una tarifa por citas a las cuales usted no asiste. Bajo la ley de Arizona, CMDP no puede pagar por citas a las cuales usted no acuda.

Dígale el PCP y el especialista de CPS cuando los miembros reciben cuidado de urgencia. Es importante que sepan. Pídale al PCP cuales centros de cuidado urgente o emergencia puede utilizar después de las horas de oficina normales. Consulte al Directorio de Proveedores o llame al Servicios al Miembro para las facilidades aprobadas que puede utilizar.

SERVICIOS CUBIERTOS BAJO CMDP

Llame a los Servicios al Miembro si tiene alguna pregunta o duda sobre los servicios médicos cubiertos.

CMDP paga por los servicios médicos necesarios. Los servicios incluyen, sin limitarse a:

- Visitas a la oficina del médico
- Evaluaciones y tratamiento EPSDT para asegurar la salud de los niños/adolescentes
- Servicio de salud mental (Vea a la sección sobre Salud Mental)
- Servicios de hospital
- Servicios de especialistas, cuando sean necesarios
- Servicios de planificación familiar (control de la Natalidad)
- Servicios basados en el hogar y la comunidad
- Servicios de laboratorio y radiografías
- Cuidado durante el embarazo
- Cuidado médico de urgencia durante las 24 horas
- Cuidado dental
- Transporte en urgencias
- Cuidado de la vista y lentes
- Transporte necesario médicamente
- Servicios de farmacia y suministros y equipo médicos

PAÑALES PARA INCONTINENCIA

CMDP puede proveer Pañales para Incontinencia, incluso Pull-Ups, si el niño(a) necesita pañales para:

- Evitar erupciones cutáneas
- Participar en actividades sociales, comunitarias, terapéuticas y educacionales

Estos son las pautas de CMDP:

- El niño(a) debe tener más de 3 años de edad
- El niño(a) tiene una condición médica documentada que le causa no tener control de su vejiga o evacuación
- El PCP ha escrito un receta para hasta los 240 pañales cada mes, a menos que necesite más depende de la condición médica
- No puede proveer pañales solamente para condiciones de orinarse en la cama, debe que ser una diagnosis médica documentado

- La Unidad de Servicios Médicos de CMDP va a mandar un correo electonico al especialista de CPS cuando reciban y aprobaron una petición para pañales
- Si CMDP suministra los pañales, el especialista de CPS no puede dar el sueldo que CPS actualmente provea a la familia para comprar los pañales
- CMDP haga que una compañía nombrada entregue los pañales a la casa

Para contestar preguntas sobre peticiones por pañales, favor de comunicarse con la Unidad de Servicios Médicos.

AUTORIZACIÓN PREVIA (PA)

Los servicios que no son rutinarios necesitan autorización previa del CMDP. El proveedor habrá de ocuparse de obtener la Autorización Previa (PA) de CMDP. La PA le dice al proveedor cuáles servicios cubrirá CMDP.

La PA se basa en las necesidades médicas del miembro. Puede que se necesite una segunda opinión o pruebas adicionales para satisfacer los mejores intereses del miembro.

Si CMDP pide más información del proveedor, habrá de enviarla dentro de 14 días de la petición. Si CMDP no recibe la información pedida, se puede denegar o demorar la petición por la PA. Se envía una carta de "Aviso de Acción" al especialista de CPS del miembro o un representante legal de parte del miembro y el proveedor.

Los servicios de urgencia no necesitan una PA del CMDP.

SERVICIOS PARA GARANTIZAR LA BUENA SALUD, O DIAGNOSIS Y TRATAMIENTO TEMPRANOS Y PERIÓDICOS (SIGLAS EN INGLÉS: EPSDT)

Los servicios para garantizar la buena salud, también conocido por el nombre de EPSDT, es un programa para los recién nacidos hasta los 21 años de edad. Los servicios incluyen servicios médicamente necesarios para tratar o mejorar la salud de los miembros.

Los servicios deberían ocurrir según los Horarios de Periodicidad de AHCCCS listados al fin de este manual y son basados en la edad de los miembros.

Los miembros deben visitar con regularidad a su PCP para que los problemas sean diagnosticados temprano y tratados pronto.

CMDP envía tarjetas recordatorias de cuidado médico y dental a los encargados de crianza temporal. Las tarjetas recordatorias son enviados directamente a los miembros que viven bajo el programa de Vivir Independiente y viven independientes.

Las tarjetas postales le recuerdan visitar al dentista y visitar al PCP para vacunas y exámenes, según la edad del niño.

No espere a que el miembro de CMDP se enferme antes de buscar servicios. Se aproveche de este programa de cuidado preventivo. Los servicios ayudan a los miembros a mantener la buena salud y desarrollarse en adultos saludables.

CMDP paga por todos los exámenes para garantizar la buena salud y las evaluaciones. También pagamos por los tratamientos y servicios de seguimiento.

Los chequeos para niños saludables / servicios de EPSDT incluyen:

- Un historial de la salud y el desarrollo completo (incluso evaluaciones físicas, de la alimentación y de la salud mental)
- Una evaluación de salud bucal
- Un examen médico comprensivo al desnudo
- Pruebas de tuberculosis y de plumbismo
- Servicios del laboratorio y radiografías cuando sean necesarios
- Servicios de rehabilitación que incluye terapia ocupacional, física y del hablar, esto también incluye recomendaciones a los Servicios de Rehabilitación para Niños (CRS)
- Educación acerca de la salud y asesoramiento sobre el cuidado de salud y el desarrollo del niño.
- Inmunizaciones
- Pruebas de la vista y el oído

Si tiene preguntas sobre los servicios de EPSDT o del mantenimiento de la salud para niños, llame a Servicios Médicos al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795, Opción 3-4.

LA EVALUACIÓN DE LA ETAPA DE DESARROLLO POR LOS PADRES (PEDS)
Es importante que el PCP use el instrumento de evaluar desarrollo de PEDS para los miembors que fueron admitidos a la unidad de cuidado intensivo para los neonatales (NICU) después de nacimiento, y para los niños (hasta la edad de 8 años) en peligro de tener o que han sido identificados como tener demorros de desarrollo. Encargados de crianza temporal deben de asegurar que usan la evaluación de PEDS en cada chequeo para niños saludables.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL
Miembros elegibles para KidsCare, AHCCCS y CMDP reciben servicios de salud mental, lo que incluye servicios contra el abuso de drogas y alcohol, de la Autoridad de Salud Mental Regional del Departamento de Servicios de Salud de Arizona s (ADHS-RBHA).

Lo siguiente es una lista de las Autoridades de Salud Mental Regionales (RBHAs):

CONDADO	RBHA	TELÉFONO
Maricopa	Magellan	1-800-564-5465
	Magellan (TTY)	602-914-5809
Pima, Cochise, Greenlee, Graham, Santa Cruz	CPSA	1-800-771-9889
Pinal, Gila, La Paz, Yuma	Cenpatico	1-866-495-6738
Mohave, Coconino, Apache, Navajo, Yavapai	NARBHA	1-800-640-2123

Si surge una crisis, llame a la Línea de Crisis de la RBHA. Si es una emergencia que pone en riesgo la vida, llame al **9-1-1.**

RBHA NÚMEROS DE TELÉFONO DE LA ESPERANZA:

Magellan	1-800-222-9444
Magellan (TTY)	602-274-3360
CPSA (Condado Pima)	1-800-796-6762
CPSA (Condados de Cochise, Greenlee, Graham y Santa Cruz)	1-800-586-9161
Cenpatico	1-866-496-6735
NARBHA	1-877-756-4090

Los miembros pueden ir a la RBHA para ser evaluados, sea por cuenta propia o con una recomendación de las escuelas, agencias estatales u otros proveedores de servicios. CMDP cubre los gastos de transporte para la primera cita de evaluación de la RBHA si el encargado de crianza temporal, el Especialista de CPS o el Funcionario de Libertad Condicional para Menores no pueden proporcionarlo.

Por favor **no** utilice la tarjeta ID del CMDP para obtener una receta para medicamentos psicoactivos de un médico de la RBHA. CMDP no cubre los gastos por estos medicamentos. La RBHA es responsable de los pagos. Pregúntele al médico de la RBHA cuál farmacia debe utilizar y dar el número de ID de RBHA.

Los servicios de la RBHA incluyen, sin limitarse a:

- Manejo de la conducta (ayuda personal referente a la salud mental, Apoyo para la familia/ entrenamiento de cuidarse en casa, apoyo de sus iguales/auto-ayuda)
- Servicios de salud mental para manejar el caso (limitados)
- Servicios de enfermeras para salud mental
- Servicios residenciales de salud mental (Nivel 2 y Nivel 3)
- Servicios terapéuticos de cuidado en casa referente a la salud mental
- Cuidado de salud mental urgente
- Transporte urgente y no urgente
- Evaluaciones y valoraciones
- Terapia y asesoramiento de grupo, individual y familiar
- Servicios de hospital de paciente interna
- Facilidades psiquiátricas no hospitales de paciente interna (centros residenciales de tratamiento de nivel 1 y facilidades de subagudo)
- Servicios de laboratorio y radiografías para la diagnosis y regulación de medicamentos
- Tratamiento de agonista opiate
- Cuidado parcial (programa diurno supervisado, programas terapéuticos diurnos y programas médicos diurnos)
- Rehabilitación Psicosocial (entrenamiento de habilidades de vivir, promover la salud, servicios soportantes para el empleo)
- Medicamentos psicotrópicos
- Modificar y monitizar los medicamentos psicotrópicos
- Cuidado de respiro (con limitaciones)
- Servicios de agencia transicional contra el abuso de sustancias en áreas rurales
- Evaluaciones

Los miembros que tengan una diagnosis psiquiátrico, que NO están inscritos con la RBHA, CMDP provee hasta 72 horas de servicios de salud mental en hospital.

Los miembros no cubiertos bajo el Título XIX o Título XXI pueden calificar o no para los servicios de salud mental a través de la RBHA, depende de los fondos disponibles. **CMDP provee servicios de salud mental a aquellos miembros. Debe ser una aprobación de PA del CMDP antes de que puedan empezar los servicios.**

Un médico de cuidado primario (PCP) u otro médico pueden tratar a un miembro por la depresión leve, ansiedad leve y desórdenes de déficit de atención o hiperactividad. Los servicios incluyen visitas para obtener recetas y monitorizar los medicamentos, servicios de laboratorio y otras pruebas diagnosticas que sean necesarias para diagnosticar y tratar los desordenes de salud mental. Servicios de terapia y asesoramiento son disponibles a través de la RBHA.

Se debe de informar al especialista de CPS o representante de justicia juvenil que un miembro necesita una evaluación para recibir los servicios de salud mental.

Para asistencia, comuníquese con los Coordinadores de Salud Mental del CMDP al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795, opción 3-2.

RECETAS

Cuando un proveedor de CMDP emite una receta, debe comprar el medicamento en una farmacia registrada con la red de farmacias de AHCCCS y CMDP. Esto incluye medicamentos disponibles sin receta, pero solamente cuando sean médicamente necesarios. Se necesita una receta del PCP. Utilice la tarjeta ID de CMDP o el Aviso al Proveedor para pagar por los medicamentos recetados.

Las tiendas principales para comprar alimentos y de venta que participan en el programa de farmacias del CMDP están listados en el Directorio de Proveedores. Incluye a la mayoría de las farmacias en el estado de Arizona. Para ayuda a localizar una farmacia, o por cualquier pregunta sobre los servicios de farmacia, llame a los Servicios al Miembro, o visite el sitio de Web de CMDP para ver el directorio de Proveedores.

CMDP mantiene una Lista de Medicamentos Preferidos (PML). El PML, también es conocido como "formulary" en inglés, consta de una lista de los medicamentos aprobados por el CMDP. Proveedores de cuidado de salud debe referir al PML cuando recetar medicamentos. Para medicamentos que no están en el PML, su proveedor debe obtener una autorización previa de CMDP *antes de* ir a la farmacia.

No aparecen todos los medicamentos preferidos en la lista PML. Si usted no puede encontrar su medicamento en la lista, recuerde que:

- CMDP le da preferencia a la mayoría de los medicamentos genéricos
- CMDP cubre todos los medicamentos cuando su proveedor médico demuestre la necesidad médica.
- Recetas escritas por proveedores de RBHA deben ser llenadas *usando el número de ID de RBHA*, no use el número de la tarjeta ID de CMDP
- Fórmulas no son cubiertos a través de la PML.

Actualizan la lista PML con la frecuencia que sea necesaria para reflejar los cambios importantes. Se puede ver el PML en el sitio Web de CMDP a **http://www.azdes.gov/dcyf/cmdpe/**

PLANIFICACIÓN FAMILIAR (CONTROL DE LA NATALIDAD)

Los Servicios de Planificación Familiar son cubiertos para los miembros hombres y mujeres. CMDP manda una carta a todos los miembros de 12 o más años de edad. CMDP les pide a los miembros que hablarán con sus médicos acerca de la planificación familiar, para que se pueda tomar las decisiones buenas. Servicios de Planificación Familiar son disponibles gratis a los miembros de CMDP. Planificación Familiar incluye pero no limitarse a:

- Asesoramiento sobre anticonceptivos
- Medicamentos
- Suministros médicos (incluso pero no limitado a, anticonceptivos orales o inyectables, diafragmas, condones, espumas, parches, métodos de anticonceptivos implantados y supositorios)
- Exámenes médicos y estudios laboratorios relacionados a la planificación familiar
- Procedimientos radiológicos, incluso estudios de ultrasonido, relacionado a la planificación familiar
- Tratamiento de las complicaciones que resultan del uso de anticonceptivos, incluso tratamiento de urgencia
- Educación sobre la planificación familiar natural o se le refiere a un profesional calificado de salud
- Anticonceptivos de urgencia usados después del coito dentro de 72 horas después de relaciones sexuales sin protección

Tanto los miembros hombres así como las mujeres que están activos sexualmente deben someterse a exámenes anuales y a pruebas de laboratorio. Las mujeres no necesitan una recomendación de su PCP para consultar con proveedores ginecológicos.

Los proveedores de CMDP educan a los miembros acerca de cómo son transmitidas las enfermedades sexuales (STDs) a otros y cómo prevenirlas. CMDP cubre las pruebas necesarias para STDs y VIH (el virus que causa SIDA). **Las pruebas para VIH deben tener la autorización del especialista de CPS del cliente o del funcionario de libertad condicional de menores, si el miembro tiene menos de 12 años. Hable con ellos cuando sea necesaria una prueba para VIH. Miembros de 12 y más años de edad pueden dar su propio consentimiento cuando declare un médico que es una prueba de VIH es necesario.**

Mujeres que quieran métodos de anticonceptivo tal como la píldora anticonceptiva, deberían someterse a exámenes físicas y pruebas del laboratorio en su primera visita y después de eso a base regular.

Lo siguiente **no son cubiertos** para el propósito de servicios de planificación familiar:

- Servicios de Infertilidad incluso pruebas diagnosticas, servicios de tratamiento o reversión de infertilidad inducida por cirugía
- Asesoramiento sobre la terminación de un embarazo
- Terminaciones de embarazos ni histerectomías
- Esterilización Tubal Histeroscopica (tal como la insertada-micro de Essure)

CUIDADO PARA MUJERES

Es muy importante para mujeres quienes están sexualmente activas o miembros de edad apropiada someterse a un examen “Well Woman” (exámenes periódicos para garantizar la buena salud de una mujer) al menos una vez cada año para vigilar y mantener la buena salud. Este examen puede incluir pero no limitarse a:

- Prueba de Papanicolaou y otras evaluaciones cervicales
- Examen de los pechos
- Prueba para virus del Papiloma Humano (VPH)

Miembros hembras no necesitan una recomendación de un PCP para consultar con un proveedor de ginecología.

CUIDADO DURANTE EL EMBARAZO Y DE NATALIDAD

Servicios cubiertos de maternidad incluyen pero no son limitados a:

- Asesoramiento antes de concepción
- Identificar el embarazo
- Pruebas y asesoramiento de VIH
- Servicios prenatales
- Tratamiento de condiciones relacionadas con el embarazo
- Servicios de partos
- Cuidado de posparto

Si un miembro cree que está embarazada, fije una cita con el PCP dentro de poco. El PCP confirmará el embarazo y le recomendará a un Obstétrico de Cuidado Primario (PCO).

CMDP cubre servicios de obstétrico. El PCO se especializa en cuidado obstétrico. El PCO vigila y trata a mujeres embarazadas durante el embarazo incluso el parto y cuidado posparto o postnatal. Los miembros deberían quedarse con el mismo PCO para el embarazo entero. Si un miembro se muda o tiene que cambiar del PCO, se hace cada esfuerza por asegurar que haya comunicación entre los PCOs para que no se interrumpir el cuidado.

La coordinación del cuidado de maternidad para miembros incluye:

- Determinar las necesidades medicales y sociales del miembro
- Desarrollar un plan del cuidado para cumplir esas necesidades
- Coordinar las recomendaciones a los proveedores apropiados de servicios
- Vigilar para asegurarse que reciba los servicios necesitados

El PCO comenzará un programa de evaluaciones regulares para garantizar que el embarazo continúe saludable. El cuidado médico temprano y las evaluaciones regulares durante el embarazo son de suma importancia para la salud tanto de la madre como del niño por nacer.

Los normas en cuento a las citas para todos los miembros embarazados para consultar con su PCO:

- Primer trimestre (los primeros 3 meses del embarazo), dentro de 14 días de la petición
- Segundo trimestre (los segundos 3 meses del embarazo), dentro de 7 días de la petición
- Tercer trimestre (los últimos 3 meses del embarazo), dentro de 3 días de la petición
- Embarazos de alto riesgo (que tengan necesidades especiales que corre el riesgo de dañar la madre o el niño) dentro de 3 días de la petición
- Emergencia (cuando hay que consultar un miembro con un médico inmediatamente debido a una situación de crisis como desangramiento etc.), inmediatamente

Si tiene algún problema con hacer una cita dentro de estas limitaciones temporales, por favor comuníquese con la Unidad de Servicios a Proveedor al (602) 351-2245 o 1-800-201-1795, opción 3-3.

El PCO debería informar al Coordinador de Salud Maternal (MHC) si existen necesidades médicas especiales. El PCO también puede pedir una lista de especialistas registrados con CMDP. Es muy importante que el miembro acuda a todas las citas fijadas con el PCO.

El MHC explique los beneficios al gerente del caso o al funcionario de libertad condicional del menor, que tratan de pruebas prenatales voluntarias para VIH y asesoramiento. El MHC dar seguimiento a los resultados de la prueba para proporcionar asesoramiento u otros servicios necesarios al miembro.

CMDP también cubre los servicios del cuidado posparto. El cuidado posparto es el cuidado recibido hasta los 60 días después del parto. Incluye servicios de la planificación familiar y asegurar que mantenga la salud del miembro.

Los coordinadores de cuidado médico se aseguran que todos los servicios necesitados son provistos a los miembros embarazados. Para obtener ayuda, llame a Servicios Médicos al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795, y pedir un Coordinador de Cuidado Médico.

CMDP cubre la terminación del embarazo (abortos) si el miembro embarazado sufre de alguno de lo siguiente:

- Un trastorno físico o una herida física causado por el embarazo que podrá correr el riesgo de la muerte al miembro a menos que terminen el embarazo
- Una enfermedad física que puede incluir una condición que podrá poner el miembro en peligro de morir; tal como un problema física o mental grave, un problema que gravemente afecta la función del cuerpo o cualquier órgano o empeorarse el problema de salud del miembro embarazado, o impide al miembro embarazado de recibir tratamiento por un problema de salud
- El embarazo fue causado por violación o incesto

Si el embarazo es resultado de violación o incesto, hay que informarlo a la policía. Se deberá notificar a CMDP y enviarle una copia del informe policial. El informe debe nombrar la agencia a la cual fue enviado el informe, y la fecha de dicho informe. La agencia con custodia del miembro conoce los pasos a seguir.

Se necesita autorización del miembro y representante legal o una orden del tribunal **y** la aprobación de CMDP, **salvo en caso de urgencia.**

SERVICIOS COMUNITARIOS

WIC — El programa especial de alimentación suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños, también conocido como WIC sirve para proteger la salud de las mujeres de ingresos bajos y bebés y niños hasta los 5 años de edad que estén en peligro de no tener suficiente alimentación. WIC proveer comidas nutritivas para aumentar las dietas, información en comer saludable y recomendaciones para cuidado de salud. WIC provee servicios a las mujeres embarazadas, lactancias o postpartumes. Cubierto es para 6 meses después del embarazo si no da el pecho, y 1 año en caso de sí da el pecho. Número de teléfono gratis de WIC en Arizona es 1-800-252-5942.

Head Start— Head Start y Early Head Start son programas del desarrollo de niño que sirven a los niños desde nacimiento hasta los 5 años de edad, mujeres embarazadas y sus familias. Su meta principal es aumentar la preparación para la escuela de los niños pequeños de las familias de ingresos bajos. Puede encontrar más información en el sitio de Web de Head Start al **http://www.acf.hhs.gov/programs/hsb/**

AzEIP — El Programa de Intervención Temprano de Arizona es un sistema por todo el estado de programas y servicios diseñados a proveer apoyo para las familias que tengan bebés y pequeñitos de nacimiento hasta los 3 años de edad con incapacidades o demoras del desarrollo. Se diseñó el sistema para ayudar a estos

niños lograr su potencial completa. Puede encontrar más información en el sitio de Web de AzEIP al **http://www.azdes.gov/azeip/**

También puede comunicarse con la Unidad de Servicios Médicos de CMDP para aprender más y obtener ayuda en recibir servicios de estos programas.

CUIDADO URGENTE
Afuera de las horas de oficina normales, en la noche o durante los fines de semana, llame al su PCP para obtener consejos. Puede que le diga que vaya a la oficina por la mañana o vaya al hospital en seguida. Si no puede comunicarse con el PCP, vaya a un **centro del cuidado urgente** si no está en peligro la vida del miembro.

Se puede ir a los centros del cuidado urgente para recibir tratamiento para una tos, un desgarro, fiebre alta o un dolor de oídos. Los centros del cuidado urgente tienen muchos de los servicios que tengan un consultorio de médico. También puede llamar al **9-1-1** para llevar al niño al hospital si es necesario.

Dígale al PCP y el especialista de CPS cuando reciban los miembros cuidado urgente. Es importante que lo sepan. También puede consultar el Directorio de Proveedores de CMDP o llame a los Servicios a Miembro para las ubicaciones aprobadas.

CUIDADO DE URGENCIA
Las emergencias se refieren a problemas médicos que pueden poner en riesgo la vida de una persona si no son tratados pronto. Algunos ejemplos son desangramiento excesivo, huesos rotos, dificultades en la respiración, un ataque epiléptico y la pérdida de la conciencia.

Durante una verdadera emergencia médica, el bienestar del miembro es de suma importancia. Llame al **9-1-1** o vaya a la sala de emergencia del hospital más cercano. Muestre la tarjeta ID de CMDP para pagar por los servicios.

La sala de emergencia de un hospital no sustituye por el consultorio de un médico. No la utilice si tiene algún problema médico de menor importancia.

Dígale al PCP y al especialista de CPS cuando un miembro recibe cuidado de urgencia. Es importante que lo sepan. Pregúntele al PCP a cuál facilidad debe usar si surge alguna emergencia afuera de las horas de oficina normales. También puede consultar el Directorio de Proveedores de CMDP o llame al Servicios al Miembro por las ubicaciones apropiadas.

TRANSPORTE EN URGENCIAS
Llame al **9-1-1** o comuníquese con el servicio de ambulancias local para transporte en una situación de emergencia que se pone al riesgo la vida de la persona. CMDP cubre este servicio.

TRANSPORTE NECESARIO MÉDICAMENTE
Los encargados de crianza temporal deben llevar a los miembros a sus citas fijadas. Pueden pedir ayuda de Gerente del Caso o el Funcionario de Probatoria. Si ellos no pueden ayudarle, comuníquese con los Servicios al Miembro de CMDP para que le proporcione transporte. Los arreglos para transporte que no sea urgente se han de hacer por lo menos 24 horas antes de la cita.

CUIDADO DENTAL
Una evaluación de salud bucal debe ser parte de una evaluación de EPSDT hecho por un PCP. No reemplaze un examen mediante una recomendación directa a un dentista. Miembros no necesitan una recomendación de su PCP y pueden consultar con cualquier dentista listado en el Directorio de Proveedores.

La Academia Estadounidense de Dentistería Pediátrica recomienda que consultas dentales empiece **a un año de edad**. Todos los miembros deben consultar a un dentista dos veces al año, por los 3 años de edad **para exámenes rutinarios y con más frecuencia si es necesario.**

Servicios dentales de rutina son cubiertos por CMDP. Para servicios dentales más graves, el dentista necesita autorización previa (PA) del CMDP.

Lo siguiente es una lista de servicios dentales cubiertos:

- Exámenes dentales y radiografías
- Tratamiento para dolor, infección, hinchazón, heridas dentales.
- Limpiezas y tratamientos de fluoruro
- Selladoras dentales
- Empastes, extracciones, coronas médicamente necesarias
- Terapia de pulpa y terapia de conducto
- Educación sobre cuidado de los dientes.

CUIDADO DE LA VISTA

Los servicios de cuidado de la vista incluyen:

- Exámenes de los ojos
- Anteojos y bifocales
- Protección contra rasguños en los anteojos
- Reparaciones y reemplazo de los anteojos
- Lentes tintados (cuando sean médicamente necesarias)
- Lentes de contacto (junto con una declaración de porque son médicamente necesarias)

SERVICIOS NO INCLUIDOS

Listados abajo hay unos ejemplos de los servicios que no cubre CMDP:

- Cualquier cuidado que no es médicamente necesario
- Cualquier admisión a un hospital, o un servicio o artículo que requiere autorización previa (PA) pero que no fue aprobado antes o que fue denegado
- Servicios o artículos para propósitos cosméticos; los que sean necesarios para el bienestar psicológico del miembro necesitan una PA
- Servicios o artículos que se pueden obtener sin costo o que generalmente suelen ser gratis
- Abortos excepto cuando tiene PA y asesoramiento sobre abortos
- Artículos para el cuidado personal, tales como champú, lavado bucal y pañales para miembros de recién nacidos hasta los tres años de edad
- Fórmulas o suplementos de dieta (salvo cuando sean las únicas fuentes alimenticias y/o médicamente necesarias)
- Servicios médicos para alguien internado en una institución pública, tal como una cárcel o institución correccional
- Cuidado provisto por individuos quienes no tienen licencia ni certificación apropiada, ni están registrados con CMDP

CLAVES PARA VIAJEROS

Cada vez que viaja, lleve consigo la tarjeta ID de CMDP. Comuníquese con los Servicios al Miembro para pedir ayuda. Llame al teléfono gratis 1-800-201-1795. Aún si los proveedores no están registrados con CMDP, presente la tarjeta ID y pídales que facturen al CMDP. La dirección a facturar aparece en la tarjeta.

Llene todos los medicamentos y recetas antes de salir de la casa. Siempre lleve medicamento suficiente para el viaje o las vacaciones. Si usted necesita una farmacia, utilice una bajo contrato con CMDP.

Si no encuentra una farmacia o un proveedor médico que quiera facturar a CMDP, conserve todos los recibos y las facturas. Comuníquese con los Servicios al Miembro donde le darán instrucciones de cómo obtener un reembolso después de su viaje.

SI SE MUDA FUERA DEL ÁREA

Debe comunicarse con los Servicios al Miembro cuando se mude con un miembro de CMDP desde un área, condado al otro o a otro estado. CMDP necesita saber la dirección nueva del miembro. También debe informarles al especialista de CPS y al proveedor médico primario (PCP) del miembro.

Un aviso adelantado le permite tiempo al PCP para transferir los archivos médicos a un proveedor médico o PCP nuevo. Así no habrá interrupción en el cuidado médico.

Si usted se muda con un miembro a otro estado, comuníquese con el especialista de CPS para que le ayude a obtener servicios médicos en el otro estado. El encargado de crianza temporal debe darles la nueva dirección del miembro a CMDP y al especialista de CPS.

El especialista de CPS debe informar al estado nuevo acerca de los planes para proporcionar servicios médicos al miembro. El especialista de CPS llegará a saber si el miembro es elegible para recibir servicios de Medicaid en el estado nuevo. Si el miembro es elegible, el encargado de crianza temporal recibirá instrucciones en cómo solicitar los servicios de Medicaid.

Si el miembro no es elegible, CMDP paga por todos los servicios de salud que sean médicamente necesarios. Servicios al Miembro y la División de Servicios de Proveedores del CMDP colaboran con el especialista de CPS para identificar y registrar a proveedores médicos.

Comuníquese con Servicios al Miembro para que le ayuden a encontrar una farmacia para servir al miembro. Si tiene problemas para llenar sus recetas, comuníquese con Servicios Médicos para pedir ayuda.

¿PAGAN ALGO LOS ENCARGADOS DE CRIANZA TEMPORAL?

Los miembros ni sus encargados de crianza temporal no pagan ningunos cuotas, copagos o costos. A los miembros y los encargados de crianza temporal no se les cobra por ningún servicio cubierto por el CMDP. Los pagos del CMDP son considerados pagos completos. No consienta en pagar por ningún servicio excepto cuando primero haya hablado con CMDP o es una emergencia.

CMDP habrá de ser nombrado como la parte responsable. No escriba la dirección de su casa, su número telefónico ni su número de seguro social en ningún factura o reclamo.

Si tiene que firmar cualquier formulario, por favor escriba toda la información abajo:

***«(Nombre del encargado de crianza temporal)* for DES/CMDP.»**
«Send all bills or claims to DES/CMDP - 942C, P.O. Box 29202, Phoenix, AZ 85038-9202»

FAVOR DE NOTAR: Cuando el PCP receta un medicamento de marca y una genérica está disponible, CMDP cubre el costo de la genérica. Si el encargado de crianza temporal persiste en tener la marca cuando una genérica está disponible, el encargado de crianza temporal tiene la responsabilidad fiscal por pagar la diferencia entre los costos de la genérica y la marca. Si el PCP recebe una autorización previa (PA) de CMDP por la marca, y escríbela como "Llene como es recetada", o no hay una genérica para esa medicamento, CMDP cubrirá el costo de la marca.

LO QUE CADA MIEMBRO DEBE SABER

DERECHOS DE LOS MIEMBROS

Para que los miembros reciban los servicios médicos que necesitan y se merecen, los miembros y sus encargados de crianza temporal deben ser conscientes de los derechos siguientes:

- El derecho de ser tratados con respeto y con el reconocimiento de la dignidad y necesidad a la vida privada del miembro (Esto incluye proteger cualquier información que pueda identificar a un miembro particular)
- El derecho de no ser sometido a ningún tipo de restricción ni aislamiento utilizados para coerción, disciplina o que fuera aplicada por conveniencia o como represalia, conforme a las reglas federales acerca de la utilización de restricciones y aislamiento
- El derecho de no ser discriminado en el recibir de los servicios médicos por causa de raza, etnicidad, origen nacional, religión, género, edad, incapacidad mental o física, orientación sexual, información genética o fuente de pago
- El derecho de recibir servicios proporcionados de manera sensible culturalmente, con consideración a los miembros con poca competencia con el inglés o destrezas de lectura, y aquéllos con diversos trasfondos culturales y étnicos, así como los miembros con limitaciones visuales o auditivos
- El derecho de tener la oportunidad de seleccionar a un proveedor de cuidado primario, así como a otros proveedores afiliados con la red cuando sea necesario
- El derecho de obtener gratis un directorio de los proveedores del cuidado de salud dentro de la red de PPN
- El derecho de recibir información sobre las opciones de tratamiento disponibles o alternativas para cuidado en una manera apropiado a la condición del miembro y su capacidad a entender
- El derecho de recibir una opinión médica de un experto de cuidado de salud calificado dentro de la PPN o recibir una opinión médica de un experto a fuera de la PPN, sólo si no hay cubierto adecuado dentro de la PPN, sin costo al miembro
- El derecho de participar en tomar las decisiones referentes a su cuidado médico presente y futuro, y tener un representante para facilitar las decisiones sobre el cuidado o tratamiento cuando el miembro no lo pueda hacer (para más información sobre los «Directivos por Adelantado» y planificación de cuidado, comuníquese con Servicios al Miembro o visite la página Web del Procurador General de Arizona en **http://www.azag.gov/seniors.** Busque bajo «Seniors» o «Consumers» para información acerca de la planificación del cuidado de su vida)
- El derecho de recibir información, en un idioma que entienda el miembro, acerca de la cantidad, duración y alcance de todos los servicios y beneficios, los proveedores de los servicios, los servicios incluidos y excluidos como condición de su inscripción, y otra información, incluso:

- Las provisiones para los servicios médicos fuera de las horas laborables y en emergencias
- Información sobre opciones de tratamiento disponibles o cursos alternativos de cuidado
- El derecho de rehusar tratamiento o de recibir ningún tratamiento **según las leyes estatales y federales que aplican**
- Los procedimientos para obtener servicios cubiertos bajo AHCCCS que CMDP no ofrece o cubre, y notificación de su derecho de obtener servicios de planificación familiar de un proveedor apropiado registrado con AHCCCS

- El derecho de utilizar cualquier hospital o ambiente para cuidado de urgencia
- El derecho de recibir información acerca de proveedores quienes además del inglés hablan otros idiomas
- El derecho de recibir información acerca de cómo presentar una queja, apelar, o pedir una audiencia sobre CMDP o el cuidado provisto
- El derecho de información de cómo obtener una resolución rápida de las quejas presentadas por el miembro, incluso quejas y asuntos relacionados con la autorización, la cobertura o los pagos por los servicios
- El derecho a la confidencialidad de los archivos médicos y de salud y otra información sobre el miembro.
- El derecho de pedir y recibir una copia de sus archivos médicos según las leyes federales y estatales que aplican sin costo

  (El derecho del acceso a sus archivos médicos puede ser denegado si la información es apuntes de psicoterapia que se compilaron para, o con la esperanza razonable de una acción civil, criminal o administrativa, información de salud protegida que está sujeto a las Enmiendas Federales de Reforma de Laboratorio Clínico de 1988 o que es exento según 48 CFR 493.3)
- El derecho de enmendar y corregir archivos médicos (como es especificado en 45 CFR 164.526)
- El derecho de recibir una descripción de las circunstancias cuando, por algún motivo legítimo, se podrá denegar una copia del archivo médico, aunque el archivo podrá ser revisado
- El derecho de recibir una lista de los tipos y ubicación de los archivos mantenidos y el título del funcionario(s) responsable por dichos archivos
- El derecho de pedir información referente a si CMDP tiene planes de incentivos que puedan influir a las recomendaciones médicas de los médicos
- El derecho de conocer los tipos de arreglos de compensación con los proveedores y si es requisito que los proveedores proporcionen seguro para limitar pérdidas, y el derecho de revisar los resultados de las encuestas a los miembros
- El derecho de comunicarse con Servicios al Miembro si hay algunas preguntas referentes a los derechos de los miembros
- El derecho de recibir una descripción de cómo CMDP evalúa tecnología nueva para incluir como un beneficio cubierto

RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS Y LOS ENCARGADOS

Los miembros y los encargados de crianza temporal tienen la responsabilidad de:

- Proporcionar cuanta información que sea posible a los profesionales que trabajan con el miembro
- Seguir las instrucciones y pautas de quienes proporcionan el cuidado de la salud
- Conocer el nombre del PCP o médico del miembro

- Siempre que sea posible, fijar las citas médicas durante las horas de oficina, antes de utilizar cuidado urgente o acudir a una sala de emergencia de un hospital
- Llevar al miembro a las citas médicas. Comuníquese con el trabajador asignado o con CMDP si no puede proporcionar transporte
- Llegar a tiempo a las citas
- Notificar al proveedor por lo menos con un día por adelantado si no puede asistir a una cita
- Llevar consigo en todo momento la tarjeta ID de CMDP (o el formulario de Aviso al Proveedor si la tarjeta no ha llegado), y presentarla al proveedor de cuidado de la salud
- Llevar consigo al médico o PCP todos los registros de inmunizaciones e información médica disponible
- Llevar al miembro a los exámenes para garantizar el bienestar de los niños
- Llevar a miembro a exámenes dentales al menos dos veces cada año
- Utilizar los Servicios de Rehabilitación para Menores (CRS) cuando CMDP o el PCP así lo pida
- Trabajar con CMDP, el especialista de CPS y el PCP para asegurar que el miembro reciba el mejor cuidado posible
- Asegurar que cada miembro tiene todas las vacunas de la niñez y juventud apropiadas a la edad y salud del niño
- Siempre señalar a DES/CMDP como la parte responsable, y dar la dirección de CMDP para enviar las facturas **(CMDP - 942C, P.O. Box 29202, Phoenix, Arizona 85038-9202)**.

SERVICIOS QUE NO PUEDEN AUTORIZAR LOS ENCARGADOS DE CRIANZA TEMPORAL

- Anestesia general
- Pruebas para VIH, si el miembro tiene menos de 12 años (miembros que tienen más de 12 años pueden dar consentimiento si mismo)
- Transfusión de sangre
- Abortos
- Cualquier cirugía o tratamiento médico que no sea rutina

MANTENERSE LA BUENA SALUD

Sugerencias para mantenerse miembros saludables:

- Se asegure que todos miembros tienen un archivo de sus vacunas y que las vacunas son al día
- Siga con todas las recomendaciones que recibe de su Proveedor de Cuidado Primario (PCP), incluso aquellas citas para cuidado dental, de vista, y las terapias
- Miembros deberían calzar zapatos que se cae bien para prevenir heridas e infecciones
- Mantenga las uñas limpias para prevenir heridas y infecciones
- Se asegure llevar todos los archivos médicos al doctor nuevo o PCP y un especialista nueva de CPS
- Encargados, junto con el PCP, deberían hablar de control de la natalidad, relaciones sexuales seguras y prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH con los miembros que son adultos jóvenes
- Llevar miembros embarazados a todas las citas prenatales y se asegure asistir todas las citas postnatales después de nació el niño

AVISO DE HIPAA
La Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos (siglas en inglés: HIPAA) afecta la manera en que se administra el cuidado de la salud en los Estados Unidos.

HIPAA requiere que CMDP proporcione salvaguardas para proteger la información médica de los miembros. Esto aplica a todos los proveedores de cuidado de la salud así como a los demás depositarios.

La información médica protegida de un miembro (PHI) se puede utilizar para tratamiento, pagos, operaciones de los planes médicos y como se permita por la ley. El miembro o su tutor legal tienen que dar permiso escrito para cualquier otra utilización de la PHI que no esté relacionada con el cuidado de la salud.

CMDP proporciona un aviso de los derechos y las responsabilidades de los miembros en cuanto a la utilización, la revelación, y el acceso de la PHI. Se le conoce como «Notificación sobre las Prácticas de Privacidad» (NPP). La NPP se envía a los tutores legales de los miembros de CMDP. También está incluida en los paquetes enviados a los miembros nuevos. Quienquiera puede pedir un NPP por llamar el **Funcionario de Confidencialidad** de CMDP o puede bajar lo de **http://www.azdes.gov/dcyf/cmdpe/hipaapp_1.asp**

CMDP tiene un **Funcionario de Confidencialidad** para explicar la NPP y contestar preguntas acerca de HIPAA. Llame al (602) 351-2245 o 1-800-201-1792, ext. 13628.

FRAUDE Y ABUSO
CMDP define **fraude** como un engaño o representación falsa intencional hecho con el conocimiento de que podría resultar en algún beneficio no autorizado.

Abuso se define como una acción de un proveedor que no es compatible con las prácticas médicas o de negocios íntegras. Esto resulta en costos innecesarios para CMDP por servicios que no son médicamente necesarios.

Cualquier acción por parte de un miembro o encargado de crianza temporal, tal como prestar, vender o regalar la tarjeta ID a otras personas, puede constituir fraude y abuso. Si usted sospecha fraude o abuso, por favor infórmelo a los Servicios al Miembro.

El Coordinador de Fraude y Abuso de CMDP revisa y remite posibles incidentes de fraude y abuso a la Oficina de Integridad Programática de AHCCCSA. Miembros y encargados de crianza temporal tienen la opción de remite incidentes posibles al OPI directamente al 602-417-4193 o 1-888-487-6686.

QUERELLAS Y APELACIONES
Una querella es una queja lo que significa una expresión de descontento sobre cualquier asunto excepto una acción. Las querellas incluyen, sin limitarse a, la calidad del cuidado o servicio provisto, descortesía por parte de un proveedor o empleado, o un fallo en respetar los derechos del miembro.

El miembro o su representante autorizado (el Especialista de CPS o Representante del Departamento de Justicia Juvenil) puede presentar una querella. Un proveedor puede presentar una querella por parte del miembro, pero **solamente** con el consentimiento por escrito del representante autorizado del miembro.

Se puede presentar una querella en cualquier momento verbalmente o por escrito al CMDP. Una determinación será completo y provisto no más tarde de 90 días después del día el CMDP recibió la querella. No se puede apelar una respuesta o resolución de una querella tampoco no se puede ser un asunta para una audiencia.

Un **«Aviso de Acción»** es una respuesta del CMDP en cuanto a un servicio pedido. Si un miembro no está de acuerdo con la respuesta del Aviso de Acción, el miembro o representante autorizado puede presentar una apelación. Una acción que sea documentada en el Aviso de Acción incluye, pero no es limitado a lo siguiente:

- La denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluso el tipo o nivel del servicio
- La reducción, suspensión o terminación de un servicio autorizado anteriormente
- Denegación entero o en parte del pago por un servicio
- Fallo en proporcionar a tiempo un servicio (según estipulado en el contrato)
- Fallo de CMDP en tomar una acción dentro de los límites de tiempo especificados, o
- En caso de un miembro que reside en un área rural, la denegación de su derecho a obtener servicios fuera de la red de proveedores

Una apelación es una petición para una revisión de alguna acción, según descrito anteriormente. Las apelaciones se pueden presentar verbalmente o por escrito dentro de 60 días desde la fecha del «Aviso de Acción». Se da información en cómo presentar la apelación con una denegación, reducción, suspensión o terminación del servicio, o un formulario de «Aviso de Acción». Llame al Coordinador de Querellas al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1794, ext. 13626 si tiene preguntas o necesita más información.

CMDP hará la determinación final dentro de 30 días del recibir una apelación verbal o escrita. Le mandará una carta a la apelante (quienquiera que presentó la apelación), que dice la decisión de CMDP y la razón por la decisión.

Sí el miembro piensa que su vida o salud estará en peligro por esperar 30 días, el miembro o representante autorizado puede pedir **una audiencia acelerada.**

Una audiencia acelerada se refiere a una revisión conducida más rápidamente. Las decisiones en casos de audiencias aceleradas se proporcionan dentro de 3 días laborables, en lugar de los usuales 30 días. El proveedor de cuidado de la salud **tiene que** proporcionar documentación que apoye la petición para una audiencia acelerada.

Si el miembro o representante autorizado no está de acuerdo con una decisión que ha tomado el CMDP sobre una apelación, puede pedir una audiencia imparcial de estado.

El miembro o representante autorizado puede pedir una audiencia imparcial de estado por escrito no más tarde de 30 días después de recibir la decisión de apelación. CMDP remitirá el archivo de caso e información a la oficina de Servicios Administrativos Legales de AHCCCS (OALS). Si el miembro o representante autorizado tiene preguntas o necesita más información en cuento a una audiencia imparcial estatal, puede comunicarse con el Coordinador de Querellas al (602) 351-2245 o 1-800-201-1795, Ext. 13626.

El miembro o representante autorizado puede pedir que los servicios continúen mientras está pendiente la apelación. Los servicios continuarán si:

- La apelación se presenta a tiempo
- La apelación está relacionada con la terminación, suspensión o reducción de servicios previamente autorizados
- Los servicios fueron autorizados por CMDP
- El período original cubierto por la autorización original no ha expirado
- El miembro pide y CMDP aprueba la continuación de los servicios

Se deben presentar las peticiones de la continuación de servicios dentro de 10 días después de la fecha en la cual CMDP enviará por correo el «Aviso de Acción» o desde la fecha de vigencia de la acción indicada en el «Aviso de Acción».

QUERELLAS SOBRE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Si hay algún problema con los servicios de salud mental que recibe el miembro, comuníquese con el Especialista de CPS, el Funcionario de Libertad Condicional de Menores o un Coordinador de Salud Mental de CMDP, para determinar si los servicios son provistos a través de CMDP o la Autoridad de Salud Mental Regional del Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS-RBHA).

Si el miembro recibe servicios que son la responsabilidad de CMDP, el Coordinador de Salud Mental de CMDP le ayudará comunicarse con el Coordinador de Querellas de CMDP para resolver su queja. Llame a las Coordinadores de Salud Mental al (602) 351-2245 o 1-800-201-1795, opción 3-2.

Si el miembro recibe servicios que son responsabilidad de RBHA, comuníquese con el representante de los pacientes de RBHA.

Si la queja no se puede resolver a satisfacción de usted, usted tiene el derecho de involucrarse al especialista de CPS o el Funcionario de Libertad Condicional de Menores para que presente una apelación ante RBHA.

CONFORMIDAD CORPORATIVA DE CMDP

El programa de Conformidad Corporativa formaliza y afirma la dedicación de CMDP al comportamiento legal y ético de nuestros empleados. El Código de Comportamiento de CMDP no puede proteger contra cada situación ni sustituir por el sentido común, discernimiento individual, y honradez personal. Cada empleado de CMDP es encargado de seguir estos principios:

- Respetar los derechos, dignidad y diversidad de cada individuo
- Mantener la información y documentos con confidencialidad apropiada
- Confirmarse con todas las leyes aplicables
- Dirigir asuntos de CMDP según las más altas normas éticas
- Asegurar pagos debidos por servicios
- Evitar incompatibilidad de intereses
- Proveer un ambiente del trabajo seguro
- Proveer oportunidad igual a cada empleado
- Promover comunicación abierta
- Dirigir todos los negocios con honradez e integridad

LÍNEA TELEFÓNICA DIRECTA DE CONFORMIDAD CORPORATIVA

La línea de conformidad corporativa de CMDP es el correo de voz confidencial del Funcionario de Conformidad de CMDP. Está disponible 24 horas al día, 7 días a la semana. Quienquiera puede usar esto recurso para informar, de buena fe, sobre preocupaciones acerca de los empleados de CMDP y fraude potencial, prácticas ilegales, inaceptables o deshonrosas o infracciones de conformidad.

Guardan todas las llamadas bajo confidencialidad hasta al alcance permitido por la ley. Aunque se anima al llamador a identificarse a sí mismo, la llamada se puede ser un informe anónimo. El Funcionario de Conformidad investigará todos los informes de conducta indecorosa, y tomará acción equitativamente y constantemente.

Se puede hacer informes por llamar al Funcionario de Conformidad Corporativa al (602) 771-3555.

PROGRAMA DE INMUNIZACIONES RECOMENDADAS

El estado de Arizona tiene leyes que requieren que los niños escolares y las pequeñas inscritas en servicios de cuidado de niños tengan las inmunizaciones apropiadas a sus edades. Hay excepciones y adiciones a las reglas, y son las siguientes: padres biológicos cuyos creencias relegiosas no permiten inmunizaciones deben firmar una exención religiosa; el doctor del niño(a) debe firmar un formulario de exención médica si hay evidencia de inmunidad o una razón médica porque el niño(a) no puede recibir vacunas. Se habrá de mantener una copia de los resultados de laboratorio para probar la inmunidad del menor.

Las inmunizaciones pocas veces producen reacciones adversas, y por lo general éstas no son peores que los síntomas pequeñas de la influenza. Las reacciones graves son muy raras. Los peligros de no obtener inmunización son mucho más graves que la posibilidad de una reacción grave.

VACUNAS PARA LOS PREADOLESCENTES

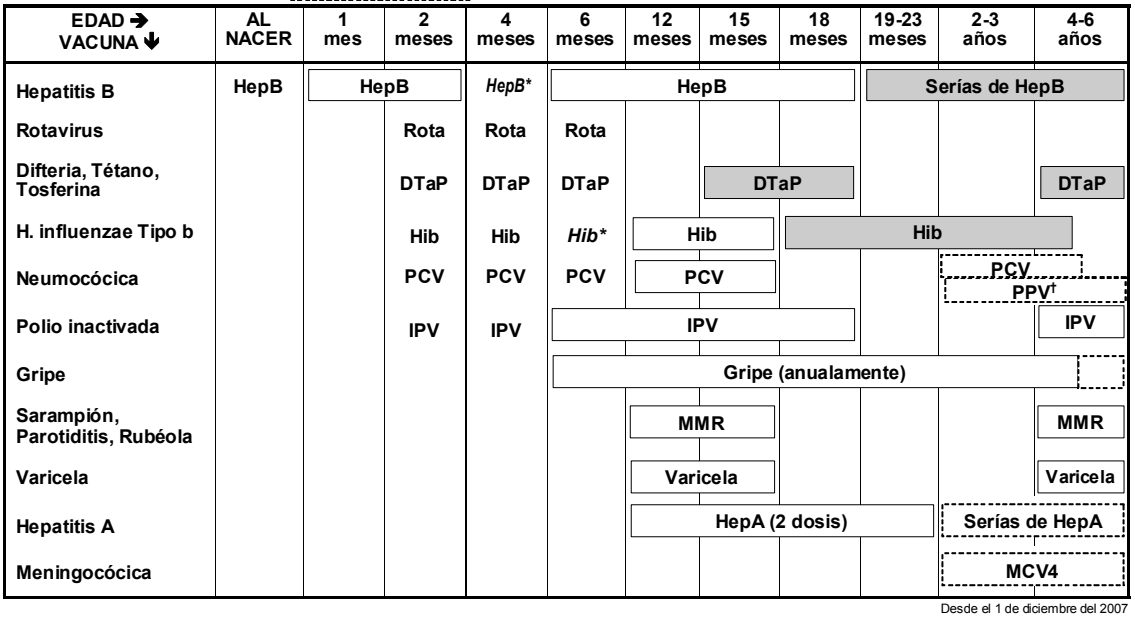
Mientras los niños crecen, la protección dada por algunas vacunas de niñez puede desaparecer. También los niños pueden desarrollar riesgos para más enfermedades. Ayude a su niño por mantener al día las vacunas de preadolescente. Doctores recomienden que todos niños entre las edades 11-12 años reciban las vacunas de Tdap y Meningitis. Niñas entre las edades de 11-12 años deben de recibir la vacuna de virus papiloma humano (siglas en ingles HPV). Favor de asegurar que los preadolescentes reciban 2 MMR vacunas

Llame al Coordinador de EPSDT al (602) 351-2245 o al 1-800-201-1795 si usted necesita o le gustaría tener una tarjeta de inmunizaciones de por vida para llevar cuenta de todas las inmunizaciones que recibe su niño temporal.

Nota: Centro para Control y Prevención de Enfermidades periódicamente hace cambios al programa de inmunizaciones recomendadas. Hable acerca de las inmunizaciones de su niño temporal con el PCP o el médico del niño.

PROGRAMA DE IMUNIZACIONES RECOMENDADA PARA PERSONAS EDAD 0-6 AÑOS

Las vacunas están bajo las edades normalmente recomendadas. BARRAS indican edades recomendads para la inmunización. Toda dosis no administrada a la edad recomendada debe administrarse como inmunización complementaria en la cualquier visita cuando esté indicada y sea factible. CAJITAS SOMBREADAS indican grupos de edades que merecen esfuerzos especiales para sdministrar las vacunas que no fueron administradas anteriormente. CAJITAS DEPUNTOS indican vacunas para ciertos grupos de alto riesgo.



Desde el 1 de diciembre del 2007

*Dosis de Hepatitis B (HepB) a los 4 meses y Influenza Tipo B (Hib) a los 6 meses son opcionales. Hable con el medico de su niño sobre estas opciones.

†La vacuna de polisacárido neumocócica (PPV) en recomendada además de PCV para cierto grupos con alto riesgo.

Aprobado por el Comité Asesor sobre Prácticas Inmunológicas (http://www.cdc.gov/vaccines/recs/acip), la Academia Norteamericana de Pedicaría (http://www.aap.org), y la Academia Norteamericana de Médicos de Familia (http://www.aafp.org).

PROGRAMA DE INMUNIZACIONES RECOMENDADA PARA PERSONAS ENTRE LAS EDADES DE 7-18 AÑOS

Las vacunas están listados bajo las edades normalmente recomendadas. BARRAS indican edades recomendadas para la inmunización. Toda dosis no administrada a la edad recomendada debe administrarse como inmunización complementaria en la cualquier visita cuando esté indicada y sea factible. CAJITAS SOMBREADAS indican grupos de edades que merecen esfuerzos especiales para administrar las vacunas que no fueron administradas anteriormente. CAJITAS **de PUNTOS** indican vacunas para algunos grupos de alto riesgo.

EDAD → VACUNA↓	7-10 años	11 - 12 años	13 - 14 años	15 años	16 - 18 años
Tétano, Difteria, Tosferina	***Vea nota 1***	**Tdap**	**Tdap**		
Virus de Papiloma Humano (VPH)	***Vea***	**VPH (3 dosis)**	**Serías de VPH**		
Meningocócica	**MPSV4**	**MCV4**	**MCV4**	**MCV4**	
Neumocócica	**PPV**				
Gripe	**Gripe (anualmente)**				
Hepatitis A	**Serías de HepA**				
Hepatitis B	**Serías de HepB**				
Polio inactivada	**Serías de IPV**				
Sarampión, Parotiditis, Rubéola	**Serías de MMR**				
Varicela	**Serías de Varicela**				

Desde el 1 de diciembre del 2006

[1]Tdap es administrado a las edades de 11-12 años para los que han completado serías de DTaP en su niñez, o a los 13-18 años si se falta la dosis suplementaria

[2]Es administrado a los hembras a las edades de 11 - 12 años, en tres dosis, con subsequentes dos y seis meses después de la primera dosis.

Aprobado por el Comité Asesor sobre Prácticas Inmunológicas (http://www.cdc.gov/nip/acip), la Academia Norteamericana de Pedicaría (http://www.aap.org), y la Academia Norteamericana de Médicos de Familia (http://www.aafp.org).

SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS MÉDICOS EN ARIZONA

TABLA DE PERIODICIDAD EPSDT

PROCEDIMIENTOS	Infancia								Niñez temprana					Niñez tardía				Adolescencia				
	Recién nacido	2-4 días	para 1 meses	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	3 años	4 años	5 años	6 años	8 años	10 años	12 años	14 años	16 años	18 años	20 + más hasta 21 años
Historia inicial/Periódica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estatura y peso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Circunferencia de la cabeza	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
Presión sanguínea												X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación de la nutrición	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visión**																						
Oído**/Habla																						
Evaluación del desarrollo/conducta	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Examen físico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Immunización	X			X	X	X								X				X				
Preuba de tuberculina								+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Hematocrito/hemoglobina							X												X			
Análisis de la orina																			X			
Examen por plomo								X			X	*										
Guía previsora	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Recomendación dental**																						

Estos son requisitos mínimos. Si en algún momento surge la necesidad médica de realizar otros procedimientos, pruebas, etc., el médico tiene la obligación de hacerlos. Si un niño inicia su cuidado médico en cualquier punto de esta tabla, o si algunos procedimientos no se han realizado para la edad recomendada, deberán realizarse lo antes posible.

* Los miembros dentro de esta gama (entre 36 y 72 meses de edad) que no han sido evaluados deberán someterse a un examen de la sangre por plomo.

** Vea la tabla separada para detalles.

Clave:
- X Por hacer
- \+ A hacerse a miembros que están a riesgo.
- ←X→ Las edades durante las cuales se puede ofrecer un servicio, con la edad preferida indicada por X.
- ** Vea la tabla separada para detalles.

SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS MÉDICOS DE ARIZONA

TABLA DE PERIODICIDAD PARA EXÁMENES DE LA VISIÓN

PROCEDIMIENTO	MESES											AÑOS										
	Recién nacido	2-4 días	para 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	3* años	4 años	5 años	6 años	8 años	10 años	12 años	14 años	16 años	18 años	20 + up to 21 años
Visión + + +	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	O	O	O	S	S	O	O	S	S	O	S

Estos son requisitos mínimos. Si en algún momento surge la necesidad médica de realizar otros procedimientos, pruebas, etc., el médico tiene la obligación de hacerlos.

Clave: S Subjetivo, según la historia.
O Objetivo, según método de prueba estándar.
* Si el paciente no coopera, examene de nuevo en seis meses.
+++ Puede hacerse con más frecuencia si está indicado o el paciente está a alto riesgo.

SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS MÉDICOS DE ARIZONA

TABLA DE PERIODICIDAD PARA EXÁMENES DE OÍDO Y EL HABLA

PROCEDIMIENTO	MESES											AÑOS										
	Recién nacido	2-4 días	para 1 mes	2 meses	4 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	3* años	4 años	5 años	6 años	8 años	10 años	12 años	14 años	16 años	18 años	20 + up to 21 años
Oído/habla + + +	S/O	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	O	O	O	S	S	O	O	S	S	O	S

Estos son requisitos mínimos. Si en algún momento surge la necesidad médica de realizar otros procedimientos, pruebas, etc., el médico tiene la obligación de hacerlos.

Clave: S Subjetivo, según la historia.
O Objetivo, según método de prueba estándar.
* Todos los niños, incluso los recién nacidos, a alto riesgo de perder audición deben ser examinados.
+++ Puede hacerse con mayor frecuencia si está indicado o el paciente está a alto riesgo.

SISTEMA DE CONTENCIÓN DE COSTOS MÉDICOS EN ARIZONA

TABLA DE PERIODICIDAD PARA EXÁMENES DENTALES

PROCEDIMIENTO	MESES	AÑOS																	
	Nacimiento a 36 meses	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20 + más hasta 21 años
Recomendación Dental	+	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Las visitas dentales de rutina deben comenzar a la edad tres (3) años. Las evaluaciones dentales más tempranas pueden ser apropiadas para algunos niños. El dentista ordenará los exámenes subsiguientes.

Clave: + Nacimiento hasta los 36 meses de edad, si está indicado
X Por hacer

NOTAS